UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 142

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SPLENECTOMIES

Exposé d'une technique proposée par le Dr Jean VILLAR

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 27 juillet 1936

PAR

Madeleine-Marie LAFITTE

Née à ANGLET (Basses-Pyrénées), le 7 mars 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*

BÉGOUIN, professeur..... } *Juges.*

PAPIN, professeur..... }

JEANNENEY, professeur..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0035

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 142

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SPLENECTOMIES

Exposé d'une technique proposée par le Dr Jean VILLAR

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 27 juillet 1936

PAR

Madeleine-Marie LAFITTE

Née à ANGLET (Basses-Pyrénées), le 7 mars 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*

BÉGOUIN, professeur..... } *Juges.*

PAPIN, professeur..... }

JEANNENEY, professeur..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceut que	WANGERMEZ.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Urologie	DARGET.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

Stages :

Monsieur le Docteur LEFEVRE
Monsieur le Professeur MICHELEAU
Monsieur le Professeur LEURET.

Externat :

Monsieur le Professeur BEGOUIN
Monsieur le Docteur LEFEVRE
Monsieur le Professeur ABADIE
Monsieur le Professeur SABRAZES
Monsieur le Professeur MAURIAC
Monsieur le Docteur DUBOURG
Monsieur le Professeur PERY
Monsieur le Professeur ROCHER.

A MES JUGES

A Monsieur le Docteur J. VILLAR

Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

Je vous remercie de l'accueil bienveillant que vous m'avez toujours réservé et de la bonté inlassable avec laquelle vous m'avez guidée dans ce travail. Veuillez croire à ma profonde reconnaissance.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous suggéra ce travail.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre gratitude pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SPLENECTOMIES

INTRODUCTION

La rate est un organe lymphoïde dont les fonctions multiples et complexes sont encore mal connues.

Elle peut être la cause déterminante de nombreuses affections dont le traitement efficace, surtout étudié ces dernières années, est la splénectomie.

Si, dans certains cas, les conditions anatomiques ou anatomo-pathologiques permettent une splénectomie facile, il n'en est souvent pas ainsi. La transformation anatomo-pathologique du tissu splénique, les adhérences que le viscère contracte au niveau de ses faces ou de ses bords avec les parois de sa loge, enfin et surtout l'immobilisation de son pédicule vasculaire par fixation sur le plan postérieur, sont autant de faits qui compliquent les tactiques opératoires.

Ch. Février disait, dans son rapport sur la chirurgie de la rate (XIV[e] Congrès français de chirurgie, 1901) : « La chirurgie de la rate est, avant tout, une chirurgie hémostatique. » Le parenchyme de ce viscère, mou, friable, se déchire facilement et donne naissance à des hémorragies profuses dont

on ne se rend maître qu'en s'attaquant au pédicule vasculaire lui-même.

Il importe de pouvoir ligaturer ce pédicule avec facilité et sans risques. L'accolement postérieur que peut présenter sa portion libre juxtahilaire pose un problème tactique de première importance.

M. le Docteur Jean Villar a approfondi cette question : il a résolu la difficulté d'une façon neuve, originale. C'est sa méthode que nous nous proposons de décrire dans ces lignes.

Mais auparavant, un rappel anatomique s'impose. Nous le ferons dans un premier chapitre, en insistant surtout sur les points anatomiques intéressants pour le sujet qui nous occupe.

Dans une seconde partie, assez courte, nous fournirons les raisons qui obligent à l'abstention opératoire, après exploration chirurgicale de la rate et de sa loge.

Le dernier chapitre sera consacré aux techniques opératoires.

Nous dirons quelques mots sur l'hémostase facile dans le cas de rate extériorisable.

Puis nous aborderons les cas où la rate est inextériorisable. Nous ferons une description critique des méthodes classiques et nous terminerons par l'exposé de celle du Docteur Jean Villar.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL ANATOMIQUE

La rate occupe l'étage sus-mésocolique de la cavité abdominale. Située dans l'hypocondre gauche, près de la colonne vertébrale, et appliquée contre la coupole diaphragmatique, elle repose, en arrière du corps de l'estomac, sur la partie extérieure de la moitié supérieure du rein gauche (Constantinesco) et un peu sur la capsule surrénale qui coiffe ce rein. Elle s'étend en dehors et en bas, jusqu'au ligament phrénocolique, au niveau duquel commence le côlon descendant.

Depuis les recherches de Constantinesco (1899), on décrit à la rate trois bords : antérieur, postérieur, interne. Son obliquité dans sa loge transforme ces bords en : antéro-supérieur, postéro-inférieur, antéro-interne. Nous n'en faisons pas la description.

Les bords de la rate délimitent trois faces : antéro-interne ou gastro-colique, postéro-interne ou rénale, externe ou phrénique. Nous ne les décrirons pas davantage. Nous signalons le fait suivant : alors que, pour Assolant, la rate a la forme d'une pyramide triangulaire à sommet inférieur et base supérieure, pour Cunningham, elle a la forme d'un tétraèdre irrégulier à base inférieure et sommet supérieur, et ce dernier auteur décrit une face basale antéro-inférieure, en rapport avec le pancréas et le côlon transverse. Constantinesco discute l'existence de cette face : en tout cas, il n'en tient pas compte.

La loge splénique.

Beaucoup plus que ces notions, il nous importe de connaître la constitution de la loge splénique.

Enlevons la rate, après avoir coupé ses ligaments; réclinons à droite l'estomac et regardons : au fond de l'hypocondre gauche, une cavité apparaît. Elle a l'allure d'une demi-calotte sphérique, placée verticalement, dont le pôle regarde en dehors et en arrière. Elle a donc trois faces :

1° une face concave;
2° et 3° deux faces planes :

2° antéro-interne, verticale, opposée au pôle de la calotte, répondant au demi-cercle formant la base de celle-ci;

3° inféro-interne, presque horizontale, marquant le plan de partage de la calotte en deux parties (voir Constantinesco, fig. 2).

1° La face concave est la face diaphragmatique. Elle répond, en dedans, au côté gauche du rachis, sur lequel elle remonte jusqu'au disque unissant D^{10} à D^{11} (Picou), jusqu'au corps de D^{10} (Constantinesco). Plus à l'extérieur, elle est en rapport avec les têtes des 11e, 12e côtes, au niveau de l'extrémité supérieure du rein gauche. Plus à l'extérieur encore, elle répond aux 8e, 9e, 10e, 11e côtes et aux espaces correspondants. Le diaphragme, au niveau de la partie interne et supérieure de cette face, est séparé de la paroi costale par le poumon, sauf au niveau des vertèbres et des têtes des 11e et 12e côtes, sur lesquelles il s'applique directement. La plèvre double toute cette face.

2° La paroi antéro-interne, fictive, est constituée par la face postérieure de l'estomac, la queue du pancréas et, en bas, par quelques anses coliques.

3° La paroi inféro-interne est formée par la capsule surré-

nale, le tiers externe de la moitié supérieure du rein gauche, la capsule adipeuse de ce dernier.

Cette paroi est un plancher de soutien pour la rate, dont l'extrémité inférieure est jugulée par le ligament phréno-colique.

La rate insinue ses bords dans les angles dièdres que forment les parois de cette loge.

Rapports de la rate.

Replaçons maintenant l'organe dans sa loge et étudions ses rapports en mettant en relief certains d'entre eux.

Les anatomistes ont beaucoup discuté sur la situation du pôle supérieur vis-à-vis de la colonne vertébrale. D'après Constantinesco, ce pôle est très voisin des corps vertébraux, quelquefois même le rapport est immédiat. Il répond aux corps de D^{10}, au disque D^{10} D^{11} et à D^{11}. En arrière, par l'intermédiaire de la voûte diaphragmatique, il répond à la cavité pleurale et à la base du poumon gauche, en avant il s'applique sur la face postérieure de l'estomac, en bas sur la capsule surrénale et le rein gauche.

L'extrémité inférieure, de situation fixe, est, comme nous l'avons dit, cravatée par le ligament phréno-colique qui la sépare du côlon descendant. En dedans, et en arrière, elle est en rapport avec la face antérieure du rein. En dedans et en avant, elle répond à une anse du côlon transverse. Projetée sur la paroi costale, elle s'inscrit sur le bord supérieur de la 11ᵉ côte et à 1 à 2 centimètres de la ligne axillaire moyenne.

La *face phrénique* est en rapport immédiat avec le diaphragme, tapissé par le péritoine pariétal. Elle est libre dans toute son étendue. Par l'intermédiaire du diaphragme, elle répond dans toute son étendue à la plèvre, et par une certaine partie de sa surface au poumon gauche. Rappelons que cette face est limitée, en bas, par le bord postérieur qui suit la 11ᵉ côte; en haut, par le bord antéro-supérieur.

Les rapports de cette face se résument, d'après Constantinesco, dans la formule suivante :

1° Toute plaie pénétrante des 8e, 9e, 10e espaces intercostaux, depuis la ligne axillaire jusqu'à la colonne pour ces deux derniers espaces, jusqu'à la ligne scapulaire seulement pour le 8e, est une plaie pénétrante de la rate;

2° Si une plaie occupe la portion des espaces intercostaux située en arrière de la ligne scapulaire, elle intéresse poumon et rate;

3° Toute plaie pénétrante de la rate à travers la paroi costale est une plaie transpleurale.

Le Professeur F. Villemin dit : « Par sa moitié postéro-supérieure, la rate est en relation avec le bord inférieur du poumon gauche. » Ce rapport varie avec la respiration.

La *face rénale* va du bord postérieur au bord interne. Ses rapports déjà connus sont immédiats. Seuls, le péritoine splénique viscéral et le péritoine pariétal prérénal séparent les deux viscères. Un accolement pathologique plus ou moins complet de deux feuillets péritonéaux est possible.

La *face gastrique* va du bord interne au bord antérieur. Le hile de la rate, parallèle au bord interne, à quelques millimètres en avant de lui, donne un intérêt capital à cette face. Nous le décrirons avec le pédicule de la rate.

A l'état de distension moyenne, l'estomac recouvre toute la portion de la face gastrique de la rate située en avant du hile et au-dessus de L^1. Insistons, pour terminer les rapports de la rate, sur le fait que l'anse gauche du côlon transverse se met en rapport avec le tiers inférieur de la face gastrique, puis, après un trajet oblique, en bas et en dehors, va vers le ligament phréno-colique, où se trouve l'angle colique gauche véritable.

Le péritoine splénique. — Les ligaments de la rate.

En tenant compte du développement du mésogastre postérieur, l'étude de la disposition du péritoine autour de la rate s'éclaire.

Le feuillet gauche du mésogastre postérieur s'invagine en une bourse contenant la rate, bourse qui se resserre au niveau du hile de celle-ci. De plus, l'arrière-cavité des épiploons, déjà formée entre le feuillet droit et le feuillet gauche du mésogastre postérieur, envoie un prolongement gauche qui s'enfonce, derrière l'estomac, jusqu'au hile de la rate. Il en résulte les dispositions suivantes :

Entre estomac et hile de la rate, un ligament à double feuillet est tendu : l'épiploon gastro-splénique, dont le feuillet extérieur est le feuillet gauche du mésogastre, le feuillet intérieur est le feuillet antérieur de l'arrière-cavité des épiploons. Entre le hile de la rate et la paroi postérieure, un autre ligament est également tendu : l'épiploon spléno-pariétal, dont le feuillet extérieur est toujours le feuillet gauche du mésogastre postérieur, le feuillet intérieur étant le feuillet postérieur de l'arrière-cavité. Ce ligament spléno-pariétal s'appelle pancréatico-splénique, car il possède, entre les deux feuillets indiqués, le corps et la queue du pancréas (voir fig. Testut et Latarjet, t. 3, p. 541). C'est dans ce ligament, derrière le pancréas, que l'artère splénique va cheminer pour aborder le hile de la rate avec lui. On comprend donc que ce ligament soit le pédicule même du viscère. Cette artère splénique était primitivement gastrique. Elle conserve ce rôle d'une façon secondaire, en donnant les vaisseaux courts et la gastro-épiploïque gauche, qui vont vers l'estomac par le ligament gastro-splénique. Bientôt, un accolement fixe à la paroi postérieure, le ligament pancréatico-splénique. Cet accolement, dirigé de droite à gauche, s'arrête assez tôt pour laisser libre l'extrémité gauche du pancréas. Du fait de cet accolement, la longueur du ligament pancréatico-splénique diminue de telle sorte que ce ligament s'étend désormais du hile au péritoine pariétal, qui recouvre de haut en bas une portion du diaphragme située au-dessus du rein, la capsule surrénale et la face antérieure du rein gauche.

Donc, la disposition définitive du péritoine splénique est

la suivante : le péritoine pariétal qui tapisse le diaphragme arrive en arrière au niveau de la gouttière que forme le bord externe du rein gauche avec le diaphragme. Il la recouvre, ainsi que la face antérieure de ce rein. Puis, rencontrant la queue du pancréas, il quitte la paroi postérieure pour revêtir la face postérieure de cette extrémité pancréatique : il l'accompagne, ainsi que les vaisseaux spléniques, jusqu'au hile de la rate. Là, il se réfléchit brusquement en arrière, et devient feuillet viscéral de la rate. Il arrive ainsi, en entourant la rate, à revenir au hile, qu'il quitte pour suivre la face antérieure des vaisseaux spléniques, comme il avait suivi leur face postérieure. Mais très vite l'artère splénique donne les vaisseaux courts. Il change aussitôt de direction pour tapisser la face antérieure de ceux-ci jusqu'à l'estomac.

Le feuillet antérieur de l'arrière-cavité des épiploons longe la face postérieure des vaisseaux courts et, comme nous l'avons dit, constitue avec le feuillet gauche du mésogastre le ligament gastro-splénique. Le feuillet postérieur de cette arrière-cavité suit la face antérieure du pancréas et complète le ligament pancréatico-splénique, dont le feuillet postérieur est constitué par le mésogastre postérieur avant son accolement postérieur. Ces deux feuillets, antérieur et postérieur, de l'arrière-cavité se réunissent à gauche en formant un cul-de-sac juste à l'endroit où les vaisseaux courts se détachent de la splénique.

Au-dessus du hile, les deux feuillets du ligament gastro-splénique se continuent avec ceux du ligament pancréatico-splénique. Parfois, il se forme là un vrai ligament phréno-splénique. En bas, les deux feuillets du ligament gastro-splénique se continuent avec le ligament gastro-colique. Les feuillets du ligament pancréatico-splénique se continuent avec la paroi postéro-inférieure de l'arrière-cavité.

Le ligament pancréatico-splénique a, en moyenne, 2 à 3 centimètres. Mais il peut atteindre 6 centimètres si l'accolement postérieur a été moins poussé. Inversement, il peut

disparaître complètement — fait rare — si l'accolement s'est poursuivi jusqu'au hile. Signalons, ce qui rend l'opération plus délicate, que l'extrémité du pancréas arrive au niveau du hile de la rate.

Le pédicule vasculaire de la rate.

Avant de terminer ce chapitre, rappelons quelques notions intéressantes sur le pédicule vasculaire de la rate. Il a été bien étudié par Pigache et Worms (1909), Piquand (1910). Les éléments de ce pédicule sont placés entre les deux feuillets de l'épiploon pancréatico-splénique, entre lesquels ils convergent, de façon à former un éventail vasculaire dont la base répond au hile, et le sommet au point où l'artère du pôle supérieur de la rate se détache de la splénique (à peu près au point où l'artère splénique croise le bord supérieur du pancréas). Ce pédicule mesure ainsi, en moyenne, 5 à 7 centimètres. Il peut se diviser en :

1° une portion libre juxtasplénique de 3 centimètres, en moyenne, correspondant au ligament pancréatico-splénique;
2° une portion adhérente, antépancréatique.

La hauteur du pédicule vasculaire est variable.

1° En cas de division tardive de l'artère (un tiers des cas), il diminue très rapidement : à 2 à 3 centimètres du hile, le pédicule est formé uniquement par l'artère et la veine spléniques et par les vaisseaux du pôle supérieur;

2° En cas de division précoce, la hauteur diminue lentement.

Si l'épiploon pancréatico-splénique est court et les vaisseaux à division précoce, la splénectomie est difficile, car on sera obligé de lier non l'artère splénique, mais un pédicule en éventail, de 8 à 10 centimètres de haut.

CHAPITRE II

CONTRE-INDICATIONS OPERATOIRES, LE VENTRE OUVERT

Avant de décrire les tactiques opératoires que nécessite l'ablation de la rate, exposons les raisons chirurgicales qui imposent une abstention opératoire.

Nous supposons résolu le problème médical et hématologique des indications opératoires. La splénectomie est considérée non seulement comme un traitement possible, mais encore comme le seul traitement efficace. Donc, l'opération est décidée, les soins préopératoires requis sont donnés. La cavité péritonéale est ouverte en vue d'une splénectomie. Dans quels cas celle-ci présente-t-elle un danger tel qu'elle doive être proscrite ?

I. — *Les adhérences périspléniques.*

Lorsqu'il explore la rate, le chirurgien peut constater la présence de très nombreuses adhérences de la rate aux parois de sa loge. Doit-il tenter la splénectomie ?

1° La splénectomie est une opération grave qui doit être faite le plus rapidement possible, pour éviter un choc opératoire trop intense. « Le facteur temps, disent Lecène et Deniker, joue un rôle capital dans ces interventions. » La libération d'adhérences multiples et serrées allonge beaucoup la durée de l'opération.

2° Les adhérences établies sont souvent très vascularisées, et les nombreux vaisseaux qui les nourrissent viennent non seulement de la rate, mais encore des viscères, sur lesquels

elles s'attachent. Dans ces conditions, après la splénectomie, le « suintement en nappe de toutes les surfaces adhérentes, favorisé du reste par un syndrome hémogénique, souvent associé à une splénomégalie, rend une hémostase correcte presque impossible, malgré un volumineux Mikulicz » (Brun).

3° Les adhérences avec le diaphragme sont les plus constantes, surtout celles du pôle supérieur de la rate, qui sont souvent très résistantes. Leur destruction peut entraîner une déchirure diaphragmatique. La réparation de celle-ci prolonge encore l'acte opératoire, augmente l'écoulement sanguin, déjà si appréciable, entraîne un traumatisme de la plèvre, déjà souvent irritée, au cours des splénomégalies chroniques. Après l'opération, on peut constater une réaction de la plèvre au traumatisme qu'elle a subi. De plus, durant deux à trois jours, il peut exister une paralysie du diaphragme, favorisant, on le sait, « les atteintes pulmonaires, qui sont une des complications postopératoires fréquentes de la splénectomie » (Deaver).

Toutes ces raisons peuvent être suffisantes pour décider le chirurgien à l'abstention, surtout s'il a présent à l'esprit le cas de Costantini, Pinoy et Nanta : il s'agit de l'une de leurs opérées, qui succomba parce qu'ils éprouvèrent de grosses difficultés du fait des adhérences.

Coleman et Boteman, qui ont une grosse expérience de la chirurgie des grosses rates d'Egypte, referment le ventre lorsqu'ils constatent des adhérences sérieuses.

Fontoynont dit que, au cours de ses nombreuses splénectomies pour rates palustres, il a très souvent constaté des adhérences extrêmement sérieuses, rendant presque impossible l'ablation de ces rates.

Costantini, d'accord avec Fontoynont, pense qu'il faut fermer le ventre lorsque les adhérences sont très solides.

Cependant il ne faut pas être trop absolu. Ainsi Moynihan raconte que, dans un cas, il a dû enlever une partie du diaphragme avec la tumeur. Heureusement, il ne fut pas

difficile de fermer la brèche dans le muscle et le malade guérit facilement et vite.

Pinoy, Costantini et Nanta disent, et ceci semble être la meilleure attitude intellectuelle : « Nous sommes convaincus qu'il y a là une question de technique à résoudre et que les adhérences, même très accentuées, n'empêcheront pas l'intervention. »

II. — *L'état des vaisseaux spléniques.*

Cet état peut faire reculer le chirurgien. Plusieurs cas sont à envisager :

1° On découvre un anévrisme juxtahilaire. Il a contracté des adhérences serrées avec les viscères environnants, avec la rate en particulier, qui, par ailleurs, est libre. La splénectomie est, dans ce cas, proscrite.

2° Raymond Grégoire dit que, dans les splénomégalies chroniques inflammatoires ou parasitaires, deux dangers menacent le malade : d'une part, la répercussion sur le foie de l'altération splénique — nous n'insistons pas sur ce point pour l'instant; d'autre part, les troubles vasculaires et sanguins, qui compliquent la maladie dans un grand nombre de cas.

Weil et Grégoire, parlant, dans une autre communication, des contre-indications opératoires à la splénectomie, réservent un chapitre pour l'état du système porte. Après avoir parlé de l'altération intrasplénique des vaisseaux constatée lors d'examens histologiques des rates mycosiques, ils disent : « Quand la maladie évolue depuis longtemps, cette altération s'étend au-delà; et en particulier dans la veine splénique. Nous avons été frappés plusieurs fois par l'épaississement de la paroi de cette veine, en même temps que par son extrême fragilité. Elle se déchire à la moindre traction comme un papier buvard mouillé. Les pinces l'écrasent; les fils à ligature la coupent. On devine que cette réaction repré-

sente un état atténué de ces pyléthromboses que l'on a accusées de provoquer la splénomégalie chronique. En réalité, le processus est inverse : la splénomégalie est primitive et la maladie évolue vers les vaisseaux porte et le foie. Les résultats des opérations sont assez lamentables pour qu'on soit autorisé à affirmer que si, au cours d'une laparotomie, on constate l'existence d'une phlébite de la veine splénique, l'opération ne doit pas être poussée plus avant. »

Donc, l'examen systématique des vaisseaux spléniques s'impose. D'après Grégoire, si la veine splénique est transformée en un cordon induré ou si l'on trouve seulement un épaississement de la paroi veineuse, dont la surface présente des sortes de marbrures brunâtres qui deviennent d'une friabilité telle qu'elles se déchirent en s'effilochant sous la traction comme ferait du papier buvard mouillé, mieux vaut s'abstenir.

III. — *Les autres organes abdominaux.*

Enfin, le chirurgien doit explorer les autres organes abdominaux avant d'enlever la rate.

a) L'examen du foie s'impose.

Il y a des hépatites, intermittentes ou difficiles à déceler, qui peuvent échapper à un examen clinique.

La constatation d'une cirrhose du foie, au cours de l'intervention, peut être faite.

Weil et Grégoire disaient, en 1927 : « Si, après l'ouverture du ventre, une ascite abondante est décelée, cette constatation doit être considérée comme une contre-indication absolue à l'opération; s'il s'agit d'une ascite légère, décelée simplement à l'ouverture, le pronostic opératoire est mauvais. Avant d'aller plus loin dans l'opération, vérifier l'état du foie, directement, puis le système porte. Si la glande hépatique paraît altérée, refermer le ventre sans opérer. »

Mais, en 1921, Sweetser avait déjà fait un rapport qui pouvait faire réfléchir : il y relevait une série de splénectomies faites chez des malades présentant une cirrhose et de l'ascite. Il y décrit, en particulier, un cas de maladie de Banti avec grosse rate, grosse ascite, hémorragie, *petit foie*, lymphocytose. Une splénectomie fut pratiquée. Quinze mois après l'opération, ascite et ictère avaient disparu, le foie était devenu normal.

Depuis, de nombreux travaux ont été publiés. Weil lui-même décrit en 1934 le cas d'un malade atteint de maladie de Banti avec ascite et gros foie dur. Le malade fut opéré pour hématémèses graves. On constata alors la disparition immédiate de l'ascite, une crise de polyurie, une diminution dans le volume du foie.

En définitive, ce problème complexe, qui n'est pas encore au point, ne peut être résolu par une simple exploration chirurgicale de l'abdomen. Il est nécessaire que le chirurgien connaisse avant d'agir le résultat d'explorations médicales du foie.

b) Soit une tuberculose primitive de la rate.

Si le tube digestif paraît touché d'une façon assez intense, l'abstention opératoire est de mise (Lecène et Deniker).

CHAPITRE III

LES TACTIQUES DE SPLENECTOMIES POUR SPLENOMEGALIES

1. — *L'anesthésie.*

Nous ne dirons qu'un mot de la préparation du malade à l'opération, préparation qui s'impose et qui doit être minutieuse. Elle vise surtout l'état général, l'état hématologique du sujet, et fréquemment, surtout dans les splénomégalies coloniales où le foie est souvent touché, l'état de ce dernier.

Certains chirurgiens pensent que les complications pulmonaires sont presque la règle avec l'anesthésie générale. C'est l'opinion de Huard et Montagné. Aussi, opérant par voie lombaire, selon leur tactique, longuement décrite, ils emploient l'anesthésie locale paravertébrale-splanchnique, selon la technique de Pauchet. Ils disent que « le choc anesthésique est nul, et le poumon respecté au maximum ».

Devons-nous rejeter l'anesthésie générale ?

Le Docteur Pierre Lafargue a pratiqué plusieurs splénectomies après avoir fait endormir ses malades à l'éther. Il n'y a pas eu de complications pulmonaires postopératoires. On a remarqué que, quel que soit le mode d'anesthésie, les malades opérés pour affections gastriques et spléniques présentaient, lorsqu'elles éclataient, des complications pulmonaires postopératoires à gauche.

Inversement, ceux qui étaient opérés pour affections hépatiques les faisaient à droite. Il ne semble donc pas illogique d'incriminer la propagation lymphatique à la plèvre et au poumon correspondant d'une infection dont le point de

départ est au niveau du péritoine, tapissant l'hémidiaphragme, plus ou moins meurtri, éraillé, irrité.

Quelle que soit l'anesthésie que l'on emploie, il est toujours opportun de préparer les malades afin de prévenir les complications pleuro-pulmonaires. Aussi ferons-nous une vaccination préventive avec le vaccin de Weil et Dufour et l'amphovaccin Ronchèse intranasal.

Nous allons maintenant suivre le chirurgien dans son acte opératoire.

Nous ne décrirons que certaines tactiques courantes de splénectomies par voie abdominale, employées dans le cas de splénomégalie. Puis nous finirons par l'exposé de celle du Docteur J. Villar.

II. — *Position du malade.*

La rate est, on l'a vu, profondément située derrière le rebord costal. On conçoit combien l'opérateur peut être gêné s'il n'a pas un jour suffisant. Il va chercher à l'acquérir par tous les moyens, et d'abord par les plus simples et les plus anodins. D'où l'importance que les chirurgiens ont apportée à la position du malade.

1° En France, Hartmann, Cunéo et Guillaume-Louis, Rio-Bianco, ont attiré l'attention sur les avantages de la position arquée de l'opéré en lordose dorso-lombaire. Le sommet de cette lordose doit correspondre aux dernières vertèbres dorsales. « Souvent, on a tendance à déterminer une lordose trop lombaire, pas assez dorsale. On expose bien la région ombilicale, mais mal la région sus-mésocolique, qui devient, au contraire, plus profonde et moins accessible qu'elle ne l'est normalement. Pratiquement, le sommet de la courbure lordotique doit correspondre à l'appendice xyphoïde. Cette position réduit la profondeur à laquelle on serait obligé d'opérer, fait largement bâiller en avant toute la région

supérieure de l'abdomen, et, la limite inférieure de la cage thoracique se trouvant sensiblement relevée, la loge splénique se découvre à la vue, en même temps que le côlon transverse et la masse du grêle s'abaissent. » (Aurousseau et Okinczyc.)

2° De plus, on met le sujet en scoliose à convexité gauche pour faire bâiller l'espace costo-iliaque.

3° Enfin, il convient d'ajouter une inclinaison latérale droite du malade afin que, les organes abdominaux tombant vers la droite, la région splénique soit dégagée.

Signalons que, « pour arrêter le glissement spontané du billot vers l'ensellure lombaire au cours de l'opération, il suffit de surélever légèrement le tronc et la tête, pour empêcher la déflexion exagérée du thorax, qui est inutile et peut être dangereuse. Comme l'ont montré Cunéo et Guillaume-Louis, le thorax doit être placé horizontalement, la partie inférieure du tronc présentant, au contraire, une orientation prononcée d'inclinaison vers le bas » (Aurousseau et Okinczyc).

III. — *Situation du chirurgien.*

MM. les Professeurs Bégouin en 1908, Chavannaz et Guyot en 1913, et beaucoup d'autres, préconisent pour l'opération la position à droite. Ceci semble très logique.

IV. — *Ouverture de la paroi abdominale.*

D'innombrables incisions ont été préconisées. Nous n'allons pas les passer toutes en revue.

Une question se pose : *La résection du rebord thoracique est-elle nécessaire ?*

Ecoutons Hartmann, en 1904 : « Comme M. Michaux, j'ai été frappé du jour considérable qu'on a, sans réséquer le bord du thorax, mais en s'arrangeant simplement à faire bâiller la région. » Michaux, en 1904 également, insistait

sur la très grande importance du relèvement forcé du rebord costal, pour atteindre facilement le pédicule de la rate, ajoutant que cette manœuvre rendait inutile la résection de ce rebord.

Rio-Bianco, Lecène et Deniker, R. Grégoire, qui tous s'efforcent de faire bâiller la région splénique par une position lordotique du sujet, pensent aussi que la résection du rebord thoracique est inutile. Il en est de même, à Bordeaux, de Pierre Lafargue.

En réalité, le rejet systématique de la mobilisation du thorax serait une aussi grande erreur que son emploi systématique. Elle peut constituer un complément opératoire utile chez des sujets à thorax étroit, chez des obèses à respiration thoracique (cas de Desplas). En effet, chez eux, la coupole s'abaisse peu, et l'énucléation du pôle supérieur de la rate est d'autant plus difficile. Dans certains cas de rates énormes très adhérentes, de plaies du diaphragme accompagnant une plaie de la rate, pour pouvoir agir sans gêne, il est nécessaire de mobiliser temporairement le rebord du thorax.

Mais, pour ne pas abuser de cette manœuvre, il faudra toujours se rappeler qu'elle peut « compliquer les suites opératoires, car le cartilage se défend mal, et s'infecte facilement, la plaie étant proche » (Desplas). Et une infection du cartilage peut, à son tour, par propagation, infecter la plèvre et le poumon.

Faisons l'étude de quelques incisions abdominales courantes :

a) Celle de Lecène et Deniker.

Elle a été souvent employée.

Elle respecte les nerfs intercostaux (Jean). Mais, pratiquée sans débridement thoracique, elle donne peu de jour sur le fond de l'hypocondre. Costantini déclare : « L'incision de Lecène est excellent pour les rates petites et non adhérentes.

Elle a été pour nous une occasion de gêne opératoire extrême dans un cas de rate adhérente. »

b) L'incision transversale sus-ombilicale de Sprengel.

Cette incision a l'avantage de suivre à peu près la ligne de projection de l'artère splénique, le long du bord supérieur du pancréas, depuis l'isthme jusqu'à l'extrémité de la queue. De plus, elle respecte les nerfs. Mais elle ne donne pas assez de jour dans le sens vertical.

c) L'incision transversale de Bazy.

Recommandée pour le rein, elle permet d'explorer tout l'épigastre et l'hypocondre gauche.

Pour une exploration combinée du rein et de la rate, elle est excellente. Mais, comme l'incision de Sprengel, elle devient insuffisante lorsqu'il faut pratiquer une splénectomie. M. le Professeur Guyot l'employa dans une splénectomie pour endothéliome de la rate. Mais celle-ci était peu adhérente.

Comme les deux précédentes, cette incision ne permet pas le relèvement forcé du thorax.

***

Seuls, les larges volets (Goinard) ou des incisions plurisegmentaires donnent une visibilité satisfaisante et permettent le relèvement du bord du thorax.

Les incisions à retenir sont les suivantes :

A. — L'incision d'Hartmann.

Elle commence à gauche de l'appendice xyphoïde, à égale distance entre le sommet de cet appendice et le bord externe du grand droit gauche. Elle suit le rebord costal, dont elle reste sous-jacente d'un travers de doigt. Elle se prolonge jusqu'au voisinage du sommet de la 11ᵉ côte ou de la ligne

axillaire moyenne. Arrivée à ce point, elle se recourbe vers le bas verticalement, ou légèrement en bas et à droite. Dans son ensemble, elle mesure environ 15 centimètres : 10 centimètres pour la partie parallèle au rebord costal, 5 centimètres pour le prolongement vertical.

Cette incision donne un grand jour sur la loge splénique et sur le pédicule vasculaire. Pour aborder la rate et son pédicule, Pauchet et Vanverts n'en connaissent pas de meilleure, sauf si la rate est très augmentée de volume.

C'est celle adoptée par Sabadini. En cela, il suit l'exemple de son maître, Costantini, qui dit : « Actuellement, nous avons adopté l'incision sous-chondrale, préconisée par Hartmann, avec une queue verticale. » Pour être complet, ajoutons que Costantini prolonge son incision vers le haut en dehors de l'appendice xyphoïde. Il découvre les cartilages, généralement réunis en un pédicule, des 7e et 8e côtes. Ce pédicule est sectionné au bistouri. Puis il récline facilement en dehors l'auvent costal, sans avoir besoin de réséquer le rebord cartilagineux : « Le jour obtenu est tel, dit Costantini, que nous pouvons affirmer que, pendant l'écartement, confié à un aide, on voit dans le fond de l'hypocondre aussi bien que dans un petit bassin, après mise en place de la valve sus-pubienne. »

Mais on peut objecter à Costantini que :

a) Une section cartilagineuse systématique, non seulement est inutile, mais encore dangereuse;

b) Cette incision sectionne plusieurs nerfs intercostaux, donc peut être une cause d'éventrations; et les éventrations à cet endroit sont particulièrement difficiles à réparer. Costantini répond à ceci : « Cette incision intéresse environ deux nerfs intercostaux, mais, chez nos opérés qui l'ont subie, nous n'avons pas observé d'éventration. »

Le Docteur Loubat, qui, pour plusieurs splénectomies, a employé cette incision, n'a pas davantage observé d'éventrations.

Si l'on préfère respecter les nerfs de la paroi abdominale on peut adopter l'une des deux suivantes :

B. — L'incision pratiquée par M. le Professeur Guyot.

Elle comprend : une branche médiane taillée sur la ligne blanche, ne descendant pas jusqu'à l'ombilic; une branche transversale partant de l'extrémité inférieure de la précédente, nettement au-dessus de l'ombilic, et allant jusqu'à l'extrémité antérieure de la 11e côte. Mieux vaut rester au-dessus ou au niveau de la 11e côte, pour ne pas léser le 11e nerf intercostal.

C'est cette incision que préconise M. Jean Villar. Elle donne un large jour sur la moitié gauche de l'étage sus-mésocolique; elle permet de découvrir les vaisseaux spléniques dans toute l'étendue de leur trajet, et plus spécialement à la partie *moyenne* de ce trajet. Elle est préférable à la précédente si la splénomégalie est très accentuée.

C. — L'incision de R. Grégoire.

Très voisine de celle-ci est celle de Czerny-Kocher-Krausch. Elle part du sommet de la 10e côte jusqu'à l'ombilic, et de là elle remonte verticalement plus ou moins haut.

Elle présente les mêmes avantages que la précédente. Mais Costantini trouve qu'avec la large incision angulaire le champ opératoire est trop large, car il comprend la région gastrique autant que l'hypocondre : « Aussi le refoulement du paquet gastro-intestinal est malaisé. Elle est plus nuisible et gênante qu'utile si le paquet gastro-intestinal est distendu par les gaz, ou pour peu que le malade pousse au cours de l'acte opératoire. Sa réfection en est plus difficile, et elle prédispose dans la suite à des éventrations graves. » (Aurousseau et Okinczyc.)

Si, à l'examen du malade, le ventre est météorisé, et si l'on

craint une distension gastro-intestinale, on rejettera, avec Costantini, ces deux incisions angulaires. Mais, si le paquet gastro-intestinal paraît normal, nous pensons que, si le malade est en position opératoire optima avec, en particulier, inclinaison vers la droite, le paquet gastro-intestinal est refoulé vers la droite et qu'on ne peut être gêné pour agir.

Il reste à envisager la deuxième objection de Costantini, celle des éventrations graves, auxquelles prédisposent ces deux incisions angulaires.

Ces éventrations, qui apparaissent à l'angle des deux branches de l'incision sur la ligne blanche, sont en effet très difficiles à réparer à cause du manque d'étoffe épaisse à ce niveau. Aussi le chirurgien qui emploie cette incision doit-il déployer un soin tout spécial à la réfection d'une paroi aussi sûre que possible.

V. — *La splénectomie proprement dite.*

Nous pouvons être en présence de cas très différents, qui demandent des tactiques appropriées.

Il y a une notion anatomique de première importance, qu'il ne faut pas perdre de vue pour comprendre la diversité des cas et des techniques. La voici :

« La pédiculisation de la rate a eu pour effet de déterminer une importante modification du côté de l'attache splénique de ses ligaments essentiels : la constitution d'une sorte de charnière verticale juxtahilaire, qui permet désormais de faire pivoter la rate en avant ou en arrière autour de l'arête verticale de l'angle dièdre formé par la rencontre des ligaments phréno-pancréatico-splénique et spléno-gastrique. Cette charnière, à grand axe parallèle à celui du hile de la rate, renferme dans son épaisseur les rameaux terminaux de l'artère et de la veine spléniques, rameaux uniquement destinés à la rate, dans laquelle ils pénètrent. » Cette charnière constitue donc le pédicule propre de la rate. Anatomique-

ment, il est presque inexistant, à peine ébauché. Mais, si l'on étire la rate en avant et à gauche, ce pédicule propre apparaît très nettement, limité d'un côté par le hile de la rate, et de l'autre par l'arête de l'angle dièdre que forment les ligaments pancréatico et gastro-spléniques. Il mesure 1/2 à 1 centimètre d'épaisseur, et présente un à deux travers de doigt dans le sens transversal. Grâce à l'étirement, la queue du pancréas s'est écartée de la rate de telle sorte que ce pédicule ne contient plus que les vaisseaux spléniques. On comprend toute l'importance chirurgicale de ce pédicule. Nous insistons sur le fait qu'il n'a pour ainsi dire qu'une existence chirurgicale, puisque, à peine ébauché, lorsque tout est *in situ*, il n'apparaît réellement individualisé que lorsque le chirurgien entraîne la rate en avant et à gauche. Nous comprenons tout de suite que, pour mettre en évidence ce pédicule, il est nécessaire que la rate soit mobilisable, extériorisable de sa loge. De plus, pour qu'il ait vraiment une importance chirurgicale, il faut qu'il ait une longueur minima permettant de l'utiliser.

A. — Cas simples de splénectomie.

La rate est extériorisable, c'est-à-dire libre, mobile, pas trop volumineuse, pas trop friable, l'épiploon pancréatico-splénique n'étant pas accolé.

On expose bien le pédicule propre en entraînant la rate en avant, doucement, sans fort tiraillement. On évalue sa longueur. Pour qu'il soit utilisable, il faut qu'il ait un à deux travers de doigt dans le sens transversal.

Dans ce cas, on place quatre clamps sur lui, ou quatre pinces de Kocher, chevauchant les uns sur les autres, pour prendre exactement tout le hile. Deux sont placés du côté du hile de la rate, les deux autres du côté de la grande courbure de l'estomac. On sectionne au bistouri ou au ciseau, entre les deux groupes de pinces.

La rate enlevée, on lie les vaisseaux, en ayant soin de faire une ligature en chaîne (M. le Prof. Guyot).

C'est le cas idéal.

B. — Cas difficiles de splénectomies.

Il s'agit de tous ceux où nous ne pouvons lier le pédicule propre de la rate, et ceci pour plusieurs raisons :

1° *La rate est extériorisable*, mais le pédicule propre est vraiment trop court pour être lié, même après extériorisation convenable de la rate. Il peut même être inexistant; l'épiploon gastro-splénique se détachant, avec ses vaisseaux, au ras du hile.

2° *La rate n'est pas extériorisable* parce qu'elle est trop volumineuse ou trop friable pour être manipulée. Dans ce cas, puisqu'on ne peut pratiquer l'extériorisation de la rate pour révéler son pédicule propre, pratiquement, on est dans la même situation que s'il n'existait pas.

Si le volume est seul l'obstacle, on peut encore tenter d'extérioriser la rate en agrandissant la voie d'accès. Mais parfois la rate ne sera extériorisable qu'au prix d'une incision mutilante, une incision en particulier thoraco-abdominale, qui prédisposera le malade à des complications postopératoires. Dans ce cas, le chirurgien peut se demander si, pour pouvoir mettre en évidence ce pédicule propre —, qui, certes, s'il est assez long, permettra une splénectomie idéale pour le malade, mais que l'on risque aussi de trouver inexistant ou trop court — il vaut mieux exposer le malade à des complications postopératoires possibles.

Il s'agit là de cas d'espèce que l'on ne peut résoudre en théorie.

3° *La rate n'est plus extériorisable* parce qu'elle est adhérente, l'épiploon pancréatico-splénique étant libre ou lui-même adhérent.

Allons-nous nous efforcer de libérer la rate de toutes ses

adhérences, de décoller l'épiploon pancréatico-splénique, s'il est fixé, et, ce premier travail accompli, d'essayer d'extérioriser la rate, à condition encore qu'elle ne soit ni trop friable, ni trop volumineuse ?

Ceci nous permettrait, comme nous avons vu, de nous rendre compte si le pédicule propre existe ou non. Et, s'il était bien caractérisé, l'opération se terminerait simplement, comme dans le cas idéal. Cette manière de pratiquer, possible dans certains cas, serait très dangereuse, et donc à proscrire dans d'autres.

En effet :

a) Le plus souvent, le pédicule et la rate sont fixés pathologiquement par des adhérences vasculaires : la capsule de la rate est histologiquement remaniée. La libération des adhérences est, ici, la cause de nombreuses sections vasculaires, qui nécessitent un nombre imposant de ligatures, si l'on veut éviter des hémorragies masquant le champ opératoire, et dangereuses pour le malade.

Donc la libération de la rate devient un vrai danger, et l'on comprend pourquoi les classiques ont, dans ce cas, abandonné l'espoir d'atteindre le pédicule propre et ont adopté une autre technique.

b) Mais on peut être en présence d'un pédicule et d'une rate fixés par excès d'accolement vers la gauche du feuillet mésogastrique gauche (Descomps). Dans ce cas, on ne peut parler de périsplénite. La capsule est histologiquement normale, et la libération de la rate peut être exsangue, à condition de passer par un plan de clivage.

C'est, du reste, ce que fait Lombard en pratiquant le décollement spléno-pariétal.

Dans ces cas, sans crainte d'hémorragie grave, on peut décoller la rate et le ligament pancréatico-splénique afin d'extérioriser la rate et de chercher un pédicule propre suffisant, à condition, évidemment, que le volume et la consistance du tissu splénique soient favorables.

Dans tous les cas où le pédicule propre n'existe pas ou ne peut absolument pas être individualisé, quelles tactiques adopter ?

a) Les tactiques classiques.

Que la rate soit adhérente ou non, le souci du chirurgien est d'aller faire l'hémostase première des vaisseaux spléniques. Comme ils ne sont plus abordables en dehors de l'arrière-cavité, il faudra aller les chercher là où ils sont : au fond de l'arrière-cavité, après avoir ouvert une brèche pour les découvrir (Caillaud, de Monaco, 1906). Depuis Caillaud, Lecène et Deniker, Cunéo, Sabadini, Aurousseau et Okinczyc ont pratiqué, à la suite de Rio-Bianco, la ligature du pédicule après ouverture de l'arrière-cavité des épiploons, avec, si la rate est adhérente, libération secondaire des adhérences.

Cette tactique est actuellement classique.

Elle comprend deux temps :

Premier temps : Ouverture de l'arrière-cavité à sa partie gauche. — Pour cela, on effondre le ligament gastro-splénique : « Il est d'abord chargé sur une sonde cannelée, placée longitudinalement de bas en haut, et comprenant le ligament depuis sa partie inférieure jusqu'à son bord supérieur. La sonde est introduite de bas en haut, en arrière du ligament, à travers une petite brèche pratiquée au niveau de sa partie inférieure, immédiatement au-dessous du segment initial de l'artère gastro-épiploïque gauche, c'est-à-dire juste au-dessus du point où ce ligament adhère au côlon transverse, se confondant avec le ligament gastro-colique.

» Le ligament spléno-gastrique étant soulevé par la sonde, on lie la gastro-épiploïque, puis les vaisseaux courts, en conservant les chefs des fils qui ont servi à ces ligatures. Ils serviront à écarter la tranche des sections.

» La sonde est alors remplacée par une pince de Kocher, qui enserre le ligament sur toute sa hauteur, parallèlement aux ligatures, et à un bon centimètre à gauche et en dehors.

Le ligament est sectionné au bistouri, à distance des ligatures, au ras de la pince de Kocher. » (Rio-Bianco.)

Nous ferons remarquer que la section du ligament gastro-splénique est quelquefois très difficile : c'est ainsi que M. le Professeur Loubat, à Bordeaux, a plusieurs fois constaté, en pratiquant des splénectomies chez des enfants, que ce ligament est excessivement court. La ligature des vaisseaux courts a été alors, pour lui, laborieuse, au ras de l'estomac. Il a eu, comme suite opératoire, une escarre de la paroi stomacale avec fistule gastrique, qui lui semble être due au traumatisme de l'estomac au cours de la ligature de ces vaisseaux courts.

Wise dit que, lorsque les vaisseaux courts sont liés individuellement et très près de la grande courbure, on peut craindre que de violents efforts de vomissement fassent céder les ligatures, surtout si elles sont faites au catgut. Il conseille, pour avoir des ligatures sûres, d'enfouir chaque vaisseau ligaturé avec un fil de soie pris sur la courbure stomacale, et déterminant une bourse.

Il est évident que ceci concerne les cas où le ligament est très court. S'il est long, on prendra simplement soin de le lier le plus près possible de la rate.

Pour avoir le maximum de garantie dans la ligature de ce pédicule, il faut très bien voir ce que l'on fait, et voir, en particulier, ce que l'on a derrière. Voilà pourquoi le Docteur Jean Villar préconise de sectionner le ligament spléno-gastrique à ciel ouvert, si l'on peut dire, lorsque l'arrière-cavité est déjà découverte. Pour cela, il conseille de commencer par effondrer le ligament gastro-colique en déterminant une brèche assez importante. C'est, du reste, ce que fait Grégoire, qui pratique une telle brèche dans le ligament gastro-colique que l'on peut relever l'estomac. Cette incision gastro-colique doit être faite à 2 centimètres de la paroi gastrique afin d'être sûr de ne pas sectionner le cercle artériel épiploïque.

Un danger à craindre viendrait de l'étranglement de l'intestin, possible à travers la brèche ainsi ouverte : donc il faut reconstituer la continuité de l'épiploon à l'aide d'un surjet au catgut ou à la soie (Forgue et Janbreau).

Cette ouverture du ligament gastro-colique présente encore l'avantage, sur la simple section de l'épiploon gastro-splénique, de donner un jour beaucoup plus important sur le trajet des vaisseaux spléniques, au fond de l'arrière-cavité.

Deuxième temps : Hémostase des vaisseaux spléniques. — C'est également Rio-Bianco qui a décrit avec précision ce second temps opératoire. On expose donc le ligament phréno-pancréatico-splénique. « On reconnaît la queue du pancréas ayant au-devant d'elle, appliquées sur sa face antérieure, les premières divisions de vaisseaux spléniques. Pour ne pas s'exposer à atteindre le pancréas, ne pas clamper : isoler, décoller les vaisseaux de la face antérieure de la queue du pancréas, pour les lier; chaque branche est traitée séparément. Après pose de ligatures, placer un clamp ou quelques pinces sur les vaisseaux, en dehors des ligatures. Sectionner alors le ligament pancréatico-splénique entre les ligatures — et à distance d'elles — et les pinces.

» Dans ce deuxième temps, il y a isolement systématique des vaisseaux spléniques et de la queue du pancréas ». Et Rio-Bianco insiste sur le soin constant qu'il faut apporter au cours de l'opération pour éviter de léser la queue du pancréas.

Dans ce procédé, Rio-Bianco aborde l'artère et la veine au niveau des premières branches de division. Il complète son exposé en indiquant le moyen d'atteindre les vaisseaux au niveau de leur tronc encore indivis, c'est-à-dire au-dedans de l'insertion pariétale du ligament phréno-splénique. Il dit :

« Pour lier les vaisseaux spléniques avant leur division, aller chercher le tronc de l'artère et de la veine au niveau du point où, de rétropancréatiques qu'ils étaient, les deux vaisseaux viennent émerger au bord supérieur de la glande pour devenir antépancréatiques. A ce niveau, on est en amont

des bifurcations. (Cependant, ne pas négliger l'artère polaire supérieure, qui souvent prend naissance à ce niveau, et qui peut avoir un volume appréciable.) Les isoler de la queue du pancréas, les charger.

» La rate est encore retenue par le ligament phréno-splénique, auquel on n'a pas encore eu à toucher. Il suffit alors d'aller le sectionner en se rapprochant du hile, afin de ne pas blesser le pancréas. Si la queue reste au contact du hile, malgré la traction de la rate en avant et à gauche, il sera nécessaire de bien isoler l'extrémité du pancréas, entamant le ligament qui l'enveloppe.

» La rate enlevée, il reste dans la plaie deux pédicules :

» 1° une sorte d'éventail vasculaire dont le sommet = la ligature sur les troncs de l'artère et de la veine; la base = la section des branches de subdivision des vaisseaux spléniques;

» 2° la tranche de section du ligament phréno-gastrique.

» Malgré la ligature posée sur le tronc des vaisseaux spléniques, la tranche de section du ligament phréno-pancréatico-splénique ne doit pas être absolument étanche. En effet, la queue du pancréas reçoit presque toujours quelques rameaux artériels et veineux, nés soit sur des branches de bifurcation, soit des dernières branches de subdivision des vaisseaux spléniques, soit enfin du segment de la gastro-épiploïque gauche, située le long de la grande courbure de l'estomac. D'autre part, les artères de la queue du pancréas sont anastomosées entre elles, ainsi que celles que reçoit le corps de la glande. Donc l'hémostase pourra ne pas être complète dans les branches spléniques *en aval* de la ligature, d'où nécessité de poser également une ligature en chaîne ou plusieurs ligatures isolées sur les vaisseaux de la tranche du pédicule phréno-pancréatico-splénique. Mais on augmente la durée de l'opération. »

« Il faut procéder avec lenteur, douceur », conseille Rio-Blanco.

Lecène, et Deniker à sa suite : « Evitant avec soin la blessure du pancréas, qui saignerait beaucoup, chercher et lier isolément l'artère et la veine spléniques, à une petite distance du hile. De cette façon, par ouverture première de l'arrière-cavité avec ligatures de vaisseaux courts, puis découverte et ligature des vaisseaux spléniques, l'hémostase essentielle se trouve d'emblée réalisée. L'opérateur, désormais sûr de ne pas avoir d'hémorragie importante, libère alors la rate de la loge splénique, et l'attire progressivement en dehors. Les pédicules accessoires, en particulier polaires supérieur et inférieur, sont saisis, liés, et la rate complètement enlevée. »

Raymond Grégoire, Aurousseau et Okinczyc suivent cette même tactique, que l'on peut considérer comme classique.

Remarquons que Rio-Bianco et Lecène et Deniker, même lorsqu'ils lient les vaisseaux après leur division, ne le font pas au ras du hile, mais à une certaine distance de ce dernier.

b) Critique des tactiques classiques.

Certes, il y a des cas où la manière classique de procéder, que nous venons d'exposer, est la meilleure pour faire l'hémostase du pédicule splénique, mais elle peut présenter parfois des inconvénients sérieux.

En effet :

1° Rio-Bianco n'a pas assez insisté, à notre avis, sur des conditions pathologiques possibles, qui aggravent singulièrement certaines splénectomies.

Plusieurs notions sont ici importantes à rappeler :

Lorsqu'une rate s'hypertrophie, souvent les vaisseaux de son pédicule s'hypertrophient parallèlement, ainsi que ceux qui parcourent les adhérences. Aussi, dans certaines circonstances, « les plus petites veines des épiploons pancréatico et gastro-spléniques peuvent atteindre le volume du petit doigt; l'arrière-cavité est sillonnée de vaisseaux enchevêtrés en tête de Méduse, et il existe des pédicules supplémentaires posté-

rieurs d'importance redoutable. Sur ces veines, fragiles comme du carton mouillé, les ligatures tiennent quelquefois très mal » (Grégoire).

D'autre part, le Docteur Ochsner, de Chicago, dit : « On ne doit pas faire de grandes manipulations des veines, parce qu'elles sont excessivement friables. »

α. Supposons que nous voulions faire la ligature des vaisseaux au niveau de leurs branches de division. C'est là que nous allons avoir sous les yeux cet aspect vasculaire décrit par Grégoire.

Dans de telles conditions, il semble vraiment que l'application de la méthode classique soit non seulement très difficile, mais encore dangereuse.

En effet, ce serait un travail long et très délicat d'aller chercher à isoler, décoller de la face antérieure du pancréas, et enfin charger chacun de ces vaisseaux fragiles, énormes. On risquerait d'en léser et de déterminer une hémorragie qui prendrait un caractère grave, non seulement à cause du calibre du vaisseau, mais encore à cause de la difficulté qu'il y aurait à le pincer sans attraper avec lui le pancréas, sur lequel il repose.

β. Mais Rio-Bianco nous offre la ressource, dans ce cas, d'aller lier les vaisseaux plus loin du hile, à l'endroit où ils forment un tronc indivis, juste au niveau du bord supérieur du pancréas, d'où ils émergent.

Là nous aurons certainement moins à lier, puisque les troncs n'auront pas encore donné leurs branches de bifurcation. « Toutefois, à ce niveau déjà, dit le Docteur Jean Villar, on peut trouver quelques vaisseaux énormes, néoformés, qui peuvent se prolonger sur la face postérieure du pancréas, et qu'il va falloir aussi lier. De plus, on travaille là dans une zone très profonde. Si l'on blesse le pancréas, il va beaucoup saigner : on va être gêné, au fond de ce puits, pour faire son hémostase. » Enfin, une autre difficulté nous arrête :

Rio-Bianco montre que, malgré la ligature tronculaire des vaisseaux spléniques, la tranche de section du ligament phréno-pancréatico-splénique ne doit pas être absolument étanche. La rate reçoit donc encore du sang, et en quantité d'autant plus grande que les vaisseaux de son pédicule, anastomosés avec les vaisseaux pancréatiques, sont plus dilatés.

Donc, si nous nous contentons de lier le tronc de l'artère et de la veine, en libérant, dans un second temps, la rate de ses adhérences vascularisées, nous risquons d'avoir des hémorragies plus importantes que si l'arrêt du sang au niveau du pédicule était complet.

Allons-nous donc, avant d'attaquer les adhérences, fermer le passage du sang, en posant des ligatures supplémentaires au niveau du hile ? Mais alors, nous retomberons dans le cas précédemment décrit : nous aurons à faire l'hémostase d'un grand nombre de vaisseaux énormes et à parois frêles, après avoir travaillé à les isoler de la face antérieure de la queue du pancréas.

Il est des cas, évidemment, où le pancréas reste à distance du hile. Le travail est alors très simplifié. Mais même alors il persiste une difficulté. En effet, supposons un pédicule ne contenant pas à son extrémité gauche la queue du pancréas et permettant donc une ligature au-delà de celui-ci. Supposons encore — c'est possible et même fréquent dans les splénomégalies — que ce pédicule soit accolé postérieurement. Qu'est-ce qu'il y a derrière ? Dans la portion juxtahilaire, l'accolement s'est fait avec la face postéro-interne de la rate. A la rigueur, point n'est besoin, pour prendre ces vaisseaux, de les décoller de cette portion de la rate : celle-ci est destinée à être enlevée, et il importe peu qu'elle soit plus ou moins dilacérée à ce niveau. Toutefois le pédicule, à cet endroit précis, est très étalé. La branche postérieure du clamp, en se frayant un chemin à travers le tissu splénique derrière les vaisseaux, va provoquer une hémorragie aveuglante. On risque de déraper, de déchirer les vaisseaux.

Rio-Bianco propose alors la tactique suivante : « Après avoir découvert le tronc de l'artère et celui de la veine spléniques, on les lie isolément. Puis on sectionne au-delà de cette ligature. Le bout périphérique du tronc des deux vaisseaux est saisi avec une pince de Kocher. En attirant cette pince vers la gauche et en avant, on dégage progressivement les vaisseaux spléniques de leur adhérence pancréatique. Chemin faisant, on lie les deux à trois petits rameaux qui vont vers la glande. Le décollement des vaisseaux spléniques est poursuivi jusqu'à ce que l'on ait complètement dégagé la queue du pancréas. Il ne reste plus qu'à sectionner ce qui reste des feuillets du ligament phréno-pancréatico-splénique. »

Cette manière de procéder ne paraît pas excellente : en effet, on ne voit pas comment les vaisseaux vont ainsi se décoller par simple traction de la queue du pancréas, puisqu'ils sont maintenus appliqués sur le viscère par une lame péritonéale qui empêche le décollement.

Il va donc falloir, pour qu'ils obéissent à la traction, qu'ils soient libérés de cette couverture péritonéale.

Mais alors c'est une véritable dissection qu'il faut faire. Cela ne fait qu'aggraver l'opération. Nous ne parlons pas de la ligature des vaisseaux spléniques dans leur tiers moyen, en arrière du pancréas : elle nous paraît pour ainsi dire impraticable.

Quant à l'hémostase faite au tiers initial de l'artère, près du tronc cœliaque, elle est très difficile. On risque là d'atteindre les filets du plexus solaire et de provoquer un diabète postopératoire.

2° Envisageons maintenant le cas possible suivant :

Le chirurgien a diagnostiqué une rupture traumatique de la rate. Il ouvre le ventre. Il tombe sur une rate hypertrophiée contusionnée; les vaisseaux du pédicule sont énormes. Au niveau du hile, ils sont tiraillés, certains même déchirés, sai-

gnant abondamment. Il faut faire une hémostase immédiate, sinon le malade va mourir d'hémorragie foudroyante.

On n'a pas le temps de pratiquer consciencieusement le décollement des vaisseaux de la face antérieure du pancréas.

La ligature des troncs est, nous l'avons dit, insuffisante, car elle n'arrêtera pas le sang de couler au niveau de la tranche de rupture du pédicule.

Alors ? Il faut, en toute évidence et sans hésiter, aller saisir le pédicule près du hile, là où il saigne. Mais, si le pancréas va jusqu'au contact du hile, il faut compter avec lui. Allons-nous, avant de saisir les vaisseaux dans un clamp sauveur, nous efforcer de les décoller de la face antérieure de la glande ? On n'y voit rien, le sang aveugle et cette manœuvre serait une perte de temps... On comprend que, dans ce cas, la prise systématique de la queue du pancréas dans le clamp est moins grave que les moyens employés pour la respecter.

On décide donc de tout prendre en masse, le plus près possible du hile, pour être le plus près possible également de l'extrémité caudale du pancréas.

Mais nouvelle difficulté : nous avons dit que le pédicule est accolé en arrière. Il faudra donc, comme nous l'avons déjà vu, pousser la branche postérieure du clamp à travers le tissu de la face postéro-interne de la rate, ce qui est incommode et dangereux; ou bien, en deçà de la rate, lui frayer un chemin à travers le péritoine pariétal postérieur. On risque d'exposer alors l'atmosphère périnéale, ce qui est ennuyeux.

La chose eût été bien plus simple et bien plus sûre, si le pédicule avait été libre de toute adhérence. Pourquoi ne l'avoir pas libéré ? Par quel moyen rapide ?

Le Docteur Jean Villar a essayé de répondre à ces exigences opératoires en nous suggérant une technique qui pourra peut-être nous aider, dans certains cas, à résoudre les difficultés opératoires que nous avons détaillées dans ces dernières pages.

Fig. I.

c) La technique du Docteur Jean Villar.

C'est à la suite de splénectomies difficiles pour énormes rates, pratiquées dans le service de M. le Professeur Guyot, à la clinique chirurgicale de gynécologie de la Faculté de Bordeaux, que le Docteur J. Villar a eu l'idée de quelques modifications à la technique classique de la splénectomie.

Le Docteur Jean Villar a en vue les splénomégalies véritables et adhérentes, avec pédicule vasculaire court, formé de vaisseaux énormes, très nombreux, à parois très fragiles. Dans ces cas, les difficultés opératoires sont souvent considérables.

Avant de suivre le Docteur J. Villar dans son opération, exposons le principe de sa technique :

« Nous nous sommes rendu compte, dit le Docteur J. Villar, que ces grosses rates étaient devenues adhérentes par toute leur face postéro-interne. Cet accolement explique la disparition du véritable pédicule splénique et les difficultés de l'hémostase. »

Donc, il faut et il suffit, en réalité, de reconstituer un pédicule vasculaire à la rate pour en faire l'hémostase complète sans difficulté.

Comment va-t-on individualiser à nouveau ce pédicule vasculaire, accolé en arrière ? Il s'agit de trouver, tout simplement, un plan de clivage.

Rappelons que le pancréas, primitivement sagittal, et contenu dans le mésogastre postérieur, s'est appliqué secondairement sur le feuillet péritonéal postérieur. Entre la face primitivement gauche du mésogastre postérieur et le feuillet péritonéal postérieur accolé au fascia prérénal, on va pouvoir trouver un plan de clivage très net, dont le chirurgien profitera.

Après incision, en bonne place, du péritoine qui recouvre la paroi pariétale postérieure, le doigt bute sur le fascia prérénal, autrefois tapissé par le péritoine pariétal postérieur, fascia qui est reconnaissable parce qu'il est très résistant.

Le doigt, alors, change de direction, remonte derrière le pédicule, derrière la queue du pancréas, en continuant le décollement. Il va ainsi jusqu'à l'extrémité supérieure de l'épiploon pancréatico-splénique, juste en arrière de son feuillet postérieur. Il porte ainsi en avant, en lui rendant son individualité, tout l'épiploon phréno-pancréatico-splénique.

Décrivons maintenant l'acte opératoire :

— *L'incision* que choisit le Docteur J. Villar est, comme nous l'avons déjà dit, une incision transversale large, complétée ou non par le débridement médian sus-ombilical. Nous avons exposé notre pensée sur la valeur de cette incision, nous n'y revenons pas.

Le Docteur J. Villar préconise pour l'opérateur la position à droite.

— Puis, il ouvre l'arrière-cavité des épiploons: « Ce temps, dit-il, nous paraît indispensable, pour peu que la rate soit volumineuse et difficilement extériorisable. On effondre le ligament gastro-colique, et l'on fait l'hémostase, à ciel ouvert, du feuillet gastro-splénique, très haut, jusqu'au-dessus des vaisseaux courts. »

Tous les vaisseaux de ce ligament sont liés. Nous avons montré, en temps voulu, l'avantage que présente l'effondrement du ligament gastro-colique avant la ligature de l'épiploon gastro-splénique. Du reste, l'effondrement du ligament gastro-colique devient une nécessité dans le cas où la rate est si adhérente à l'estomac qu'on ne peut passer entre ces deux organes pour aller vers l'arrière-cavité, après section de l'épiploon gastro-splénique.

Il reste à faire l'hémostase du pédicule vasculaire de la rate :

On prolonge l'incision du ligament gastro-colique juste au-dessus du côlon transverse. A ce moment, on fait l'hémostase de la gastro-épiploïque gauche, s'il a été impossible de la lier en même temps que les vaisseaux courts, par suite de sa position très inférieure et très à gauche. On pince ensuite

Fig. II.

le ligament phréno-colique, et on l'incise. Il est alors facile d'abaisser en bloc, avec une valve, le côlon transverse et l'angle colique gauche. Si quelques adhérences empêchent cette manœuvre très importante pour le succès de la tactique que nous exposons, on les lie entre deux pinces.

Nous avons maintenant sous les yeux la paroi pariétale postérieure au-dessous du pédicule splénique et du pôle inférieur de la rate, paroi tapissée par le péritoine. On incise ce péritoine selon une ligne qui longe le bord inférieur du pancréas, puis le bord inférieur du pédicule splénique, et qui arrive au niveau du pôle inférieur de la rate.

— C'est maintenant le doigt qui va travailler. Comme nous l'avons déjà dit, il va à la recherche du plancher solide que constitue le fascia prérénal, autrefois recouvert d'un feuillet péritonéal qui maintenant n'existe plus. Il amorce le clivage au-devant du fascia. Il remonte petit à petit, en décollant toujours. C'est une manœuvre identique au décollement colo-pariétal de Duval ou au décollement duodéno-pancréatique de Wiart. Il arrive ainsi à cliver en avant tout le pédicule vasculaire avec le pancréas, le libérant également, par quelques mouvements de latéralité, de la face postéro-interne de la rate.

— On va maintenant pouvoir placer un clamp sur tous les vaisseaux. On a intérêt à l'appliquer le plus près possible de la rate pour avoir peu de chances de prendre, avec les vaisseaux, le pancréas. Si celui-ci va jusqu'au hile, on essaiera, sans manœuvres brutales, avec le doigt, par derrière, de le reculer au maximum vers la droite. On serait tenté, pour le faire plus facilement, de décortiquer tant bien que mal le feuillet péritonéal qui tapisse la face postérieure de cette queue pancréatique. Nous pensons qu'on n'a pas intérêt à le faire, car plus le méso pancréatico-splénique sera épais, moins dangereux sera le traumatisme, par le clamp, des vaisseaux si fragiles et du tissu pancréatique. Si l'on ne peut évi-

ter le pancréas, on le prendra dans le clamp avec tous les vaisseaux. Le Docteur J. Villar dit qu'il s'est assuré que cette éventualité est exceptionnelle.

Avant de sectionner le pédicule, on coupe au ciseau le péritoine sur tout le bord postéro-inférieur de la rate, et on libère les adhérences de la face externe du viscère. Il ne reste plus que les adhérences supérieures pour retenir la rate, avec le ligament phréno-splénique. Celui-ci, dans quelques cas, est très étroit. Signalons un moyen indiqué par MM. les Professeurs Guyot et Chavannaz, et qui facilite sa section; le voici : « L'opérateur, couvrant la rate avec une compresse stérilisée, l'attire en bas et à droite, tandis qu'un aide soulève énergiquement la lèvre gauche de l'incision, qu'il attire du côté opposé. Cette simple manœuvre découvre le lit de la rate et la voûte diaphragmatique, tendant le ligament phréno-splénique, qu'il est alors beaucoup plus facile de saisir et de sectionner. »

Quelques points de la technique du Docteur J. Villar restent à préciser :

1° Avant de pratiquer la ligature du pédicule clampé, il faut l'examiner. On fera la ligature des vaisseaux, soit isolément, soit en chaîne, en libérant la pince après hémostase vasculaire. Si la queue du pancréas a été saisie par le clamp, il est nécessaire, si elle est réellement lésée, de la traiter comme on traite un traumatisme pancréatique de quelque cause que ce soit. On évite ainsi des complications postopératoires.

Mayo et Sutherland, qui emploient une technique présentant quelques analogies avec celle du Docteur Jean Villar, conseillent l'emploi de clamps dont les branches sont recouvertes de caoutchouc. Grâce à cette enveloppe élastique, la compression des vaisseaux et du pancréas, s'il est saisi, peut être en effet plus douce, moins brutale, et donc moins traumatisante.

2° A quel moment fait-on la ligature des vaisseaux section-

nés ? Le méso pancréatico-splénique contient des lobules de graisse, qui sont autour des vaisseaux. En prenant tout, en bloc, dans le clamp, on comprime ces lobules de graisse. L'enveloppe de chacun d'eux est plus ou moins écrasée.

Le tissu graisseux, fluide, file de part et d'autre du clamp. Celui-ci risque donc, au bout d'un moment, de n'être pas assez serré. Un ou plusieurs vaisseaux peuvent alors s'échapper des branches du forceps, et c'est une hémorragie énorme, très dangereuse, qui se produit.

Pour ne pas s'exposer à cet accident dramatique, mieux vaut lier vite après la section des vaisseaux. Si l'on prévoit, avant de sectionner les vaisseaux, que, la rate étant encore dans l'hypocondre attachée par ses adhérences supérieures, les ligatures seront très difficiles à faire par manque de place, il sera préférable de ne pas sectionner le pédicule à ce moment-là. On attendra, pour faire cette section, que la rate soit complètement libérée, donc mobilisable. Alors, on aura de la place pour agir.

3° Où faudra-t-il faire la ligature des vaisseaux ?

En dehors ou en dedans du clamp ? Où l'on pourra.

La technique du Docteur J. Villar n'est pas l'idéal. Nous avons vu qu'elle expose au traumatisme de l'extrémité caudale du pancréas. Cette éventualité est-elle très grave ? Il ne semble pas, car voici ce qui disent Aurousseau et Okinczyc : « Les traumatismes de l'extrémité caudale du pancréas, quand on les reconnaît, sont sans gravité : il suffit de pratiquer la suture du pancréas ou sa ligature et sa péritonisation. »

En définitive, cette technique, malgré ses lacunes, paraît pouvoir apporter une simplification et une sécurité infiniment appréciables dans l'acte chirurgical si périlleux qu'est parfois la splénectomie. N'ayant pas eu, depuis quelque temps, l'occasion de pratiquer une splénectomie, le Docteur Jean Villar n'a pu encore employer sa tactique. Nous ne pouvons donc pas apporter ici des observations. Toutefois l'idée de cette technique mérite d'être retenue. On ne peut pas dire qu'elle soit une simple vue de l'esprit, puisqu'elle

a trouvé sa source dans des difficultés opératoires très concrètes.

De plus, M. J. Villar l'a expérimentée sur des cadavres.

Avec l'assentiment de M. le Docteur Jean Villar, nous livrons cette technique aux chirurgiens, en espérant qu'elle leur sera utile.

CONCLUSIONS

I. — La splénectomie peut être une opération simple et facile lorsque la rate est extériorisable, lorsqu'elle présente un pédicule propre que l'on peut nettement mettre en évidence, et qui est assez long pour être ligaturé.

II. — Mais souvent la rate est énorme, très adhérente, inextériorisable. Donc, son pédicule propre qui, comme celui de toute rate, n'est individualisé que par une extériorisation de cette dernière, est pour ainsi dire inexistant. Les vaisseaux sont alors liés au fond de l'arrière-cavité des épiploons. Parfois ils sont très nombreux, très volumineux, très fragiles, et le ligament pancréatico-splénique qui les contient adhère au plan postérieur. Dans ce cas, les méthodes classiques sont soit insuffisantes, soit dangereuses.

III. — M. le Docteur Jean Villar propose une technique permettant de redonner au pédicule vasculaire de la rate son indépendance sur le plan profond. Il est alors facilement saisi par un clamp. L'arrêt du sang au niveau du hile est aussi complet que possible.

IV. — Cette technique pourra, nous l'espérons, être un précieux secours dans les splénectomies très dangereuses. Elle n'est pas parfaite. Mais, les conséquences qu'entraînent ses défauts sont peu de chose à côté de la grande sécurité qu'elle donne dans les cas dramatiques où elle trouve ses indications.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 juillet 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

ANATOMIE DE LA RATE

Constantinesco. — Thèse Paris, 1899.

Poirier. — La rate (par Picou), 1903.

Grégoire et Oberlin. — Anatomie.

Testut et Latarjet (2 tomes) : I. La rate; II. Le développement du péritoine.

Pigache et Worms. — Topographie du pédicule de la rate. *Bull et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1909, p. 589-605.

Villemin (F.). — Précis d'anatomie topographique.

Piquand. — Le pédicule vasculaire de la rate. *Progrès médical* Paris, 1910, p. 331-336.

Chiray. — Les conceptions actuelles sur la séméiologie anatomique, histologique et physiologique de la rate. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, Paris, 1922, p. 685-704.

Salmon et Dor. — *Marseille médical*, p. 561-567, 25 avril 1933.

Rouvière. — Anatomie.

KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE

Bégouin. — Kyste hydatique de la rate datant de quarante-quatre ans. Splénectomie. Guérison. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1908, XXIX, p. 140-142.

Euzière, Delord et Siméon. — Kyste hydatique de la rate. *Montpellier médical*, Paris, 1921, XLIII, p. 39.

Ho Wa Kimian et Nafi. — Un cas de kyste hydatique suppuré de la rate. *Marseille médical*, 1924, LXI, p. 829.

Olmedo. — Quiste hydatico del bazo supurada. Splenectomia. *Semana medica Buenos-Aires*, 1925, XXXII, pt. 2, p. 1002

Charrier et Bardon. — Traitement des kystes hydatiques de la rate. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 oct. 1927, p. 771-773, t. 57.

Brun. — Etude clinique, radiologique et thérapeutique des kystes hydatiques de la rate. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 60, p. 1194-1201, 24 nov. 1934.

Sabadini. — Kystes hydatiques de la rate. Etude anatomo-clinique et thérapeutique avec présentation de cas. *Journ. de chir.*, 45, p. 534-560, avril 1935.

KYSTES DE LA RATE

Chavannaz et Guyot. — Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère. Nouveau traité de chirurgie, 1913.

Moynihan. — Cysts of the spleen. *Surg., gyn. and obst.*, Chicago, 1925, XL, p. 778-782.

Gosset. — Mal de la rate. 9 agrégés chirurgicaux.

ANEVRISMES DE L'ARTERE SPLENIQUE

Delbet et Mocquot. — Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et P. Delbet (fasc. XI). Affections chirurgicales des art., 1911, p. 275.

Baumgartner et Thomas. — Anevrysm of the splenic artery. *Surg. gyn. and obst.*, t. II, 1924, p. 462.

Faerhmann et Ugrümer. — Un cas d'anévrisme de l'artère splénique. *Journ. de chir.*, 1926, p. 730.

HEMORRAGIES INTRASPLENIQUES
HEMATOMES SPLENIQUES ET PERISPLENIQUES

Baird. — Intra-parenchymatous hemorrhage of the spleen. *Ann. surg. Phila.*, 1916, LXIV, p. 537-545.

Lombard et Duroucher. — Hématomes enkystés de la rate. *Journ. de chir.*, Paris, 1922, XX, 462-470.

Coste et Bolget. — Hématome périsplénique d'apparence spontanée. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 49, p. 826-835, juin 26, 1933.

FOIE ET RATE

SWEETSER. — Splenectomy in third stage Banti's disease with report of a case of 15 months' standing. *Surg. gyn. and obst.*, Chicago, 1921, XXXIII.

DESPLAS-CAÏN et PEYRE. — Maladie de Banti. Splénectomie. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 4 déc. 1929.

CZERNECKI. — Splenectomy for cirrhosis of liver. *Deutches Arch. F. Klin. méd.*, 173, p. 514-522, 1932.

EAST. — Splenic anemia with thrombocytopenic purpura cirrhosis (case). *Proc. roy. med.*, 25, p. 1393, july 1932.

ABRAMI. — Splenectomy in liver's cirrhosis. *Bull. gén. de thérap.*, 185, p. 350, 1934.

ABRAMI et FREMUSAN. — Question of splenopathies as cause; hypertrophie cirrhosis with gastro-intestinal hemorrages; splenectomy. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 50, p. 288-306, 5 mars 1934.

AUDEOUD et CAROLI. — Splenectomy in liver's cirrhosis with review of literature. *Rev. de chir. de Paris*, 53, p. III, 156, févr. 1934.

ABCES DE LA RATE

CHAVANNAZ et GUYOT. — Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère. Nouveau traité de chirurgie, 1913, p. 236.

LENORMANT et SÉNÈQUE. — Les abcès de la rate. *Journ. de chir.*, juin 1923, p. 685.

PÉRARD. — Sur un cas d'abcès amibien de la rate. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 14 oct. 1925, p. 862.

TAPIE. — Les abcès de la rate. *Journ. méd. français*, t. XVI, n° 7, juill. 1926.

TUMEURS DE LA RATE

DOWD. — Cavernous angioma of the spleen. *Ann. surg. Phila.*, 1915, LXII, p. 177-181.

MOPPERT. — Lymphosarcome de la rate. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1920, XL, p. 40-45.

Fourmestraux (de). — Tumeur de la rate. Splénectomie. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1923, XLIX, p. 941-943.

Guyot. — *Congrès français de chirurgie (Procès-verbal)*, Paris, 1920, p. 424-429.

Guillot. — Mal. de Gaucher. Thèse Paris, 1923.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS A LA SPLENECTOMIE

Plicque. — Indications de la splénectomie. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, Paris 1922, p. 723-726.

Deaver. — Some indications for splenectomy. *Med. J. et Rec. N. Y.*, 1925, p. 641-643.

Weil et Grégoire. — Indications opératoires dans les splénomégalies chroniques primitives. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 22 juin 1927, p. 935.

Weil. — Splenomegaly Surg. indications. *Bull. méd.*, Paris, 46, p. 745-748, 29 oct. 1932.

Walton. — Indications for splenectomy. *Ann. surg.*, 98, p. 379-384, sept. 1933.

Grégoire. — Le pr. de la splénectomie dans les splénomégalies chroniques. *Bull. méd.*, 1932.

Costantini. — Essais sur les indications de la splénectomie dans les splénomégalies parasitaires. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir. de Paris*, 1927, p. 1087.

INCISION DE LA PAROI POUR SPLENECTOMIE

Lannelongue. — Résection du bord inférieur du thorax. *III^e Congrès français de chirurgie*, Paris, 1888, p. 358.

Canniot. — De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. Thèse Paris, 1891.

Vanverts. — Des voies d'accès sur la rate. Utilité de la résection extra-pleurale du rebord costal. Rapport de Ch. Monod, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1903, 15 juill., p. 787.

Forgue et Janbreau. — *Rev. de chir.*, 1903, t. XXVIII, p. 801.

Marwedel. — Die Aufklappung des Rippenbogens Z. Ereichterung operative Eingriffe im Hypochondrium. *Centralbl. f. chir.*, 29 août, p. 938.

Michaux. — A propos de la splénectomie pour rupture de la rate. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 7 déc. 1904, p. 1032.

Baudet. — Rupture traumatique de la rate. *Le médecin praticien*, 3 et 10 sept. 1907.

Lejars. — Traité de chirurgie d'urgence. Paris, 1909, p. 360.

Rio-Bianco. — Essai sur l'anatomie et la médecine opératoire du tronc cœliaque. Paris, 1912, (G. Steinheil).

Bazy. — Technique de l'incision transversale antérieure dans la chirurgie du rein. *Journ. de chir.*, oct. 1923, p. 279.

Guyot et Daraignez. — Rupture traumatique de la rate. Splénectomie. Guérison. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1923, p. 918.

Jean. — Les zones neutres de la paroi abdominale. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 30 juin 1920, p. 1028.

Quenu. — Plaie de la rate prise pour une plaie du cœur. Splénectomie par voie thoracique antérieure. Rapport de Toupet, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 4 juill. 1928, p. 975.

Desplas-Cain et Peyre. — Maladie de Banti : splénectomie. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 4 déc. 1929, p. 1346.

Auvray. — Un procédé d'incision du rebord cartilagineux du thorax. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1904, p. 1027.

TECHNIQUE DE LA SPLENECTOMIE

Hartmann. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1904, p. 1032.

Forgue et Janbreau. — *Rev. de chir.*, 1903, t. XXIII, p. 801.

Bégouin. — La situation de l'opérateur dans la splénectomie. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1908, XXIX, 184.

Lejars. — Traité de chirurgie d'urgence. Paris, 1909, p. 360.

Rio-Bianco. — Essai sur l'anatomie de la médecine opératoire du tronc cœliaque. Paris, 1912 (G. Steinheil).

Mayo. — Principles underlying surgery of the spleen with ten splenectomies. *J. am. M. Ass. Chicago*, 1910, LIV, p. 14-18.

Rodman et Willard. — Ann. of surgery, 1913, t. LVII, n° 5.

Lombard et Duboucher. — Splénectomie sous-capsulaire. *Journ. de chir.*, 1922, p. 464.

Lombard. — Note sur l'ablation de la rate anatomiquement adhérente. Le décollement spléno-pariétal. *La Presse médicale*, 1923, 10 févr., n° 12.

Lecène et Deniker. — Remarques sur certaines indications et sur la technique de la splénectomie. *Journ. de chir.*, t. XXIII, mars 1924, p. 225.

Costantini, Pinoy et Nanta. — Société nationale de chirurgie, 1927.

Quénu. — Plaie de la rate prise pour une plaie du cœur. Splénectomie par voie thoracique antérieure. Rapport de Toupet, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 4 juill. 1928, p. 975

Huard et Montagné. — Splénectomie pour splénomégalies. Soc. de chir. de Marseille, 1932.

— Recherches sur la technique de la splénectomie pour splénomégalie. *Journ. de chir.*, 1933, p. 698.

Aurousseau et Okinczyc. — Tactique opératoire du pancréas et de la rate, *La tactique opératoire* (Robineau et Stern), 1933.

Wise. — Hemostasis during splenectomy. *Ann. surg.*, 99, 875, mai 1934.

Villar (Jean). — Une nouvelle tactique de splénectomie. Communication faite à la Société de chirurgie de Bordeaux, 23 avril 1936.

Pauchet (P.) et Bécart. — Chirurgie de la rate. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* t. XIX, 1927, p. 853.

Rochet et Peycelon. — *Lyon médical*, t. II, 1927, p. 158.

Chavannaz et Guyot. — Maladies de la rate. Nouveau traité de chirurgie, 1913, p. 196.

Erdmann et Moorhead (J.). — Splenectomy for splenomegaly. *The Ann. J. of medical sc. N. Y.*, 1914.

Aurousseau et Armingeat. — Société nationale de chirurgie, 1928.

19.702. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.